

O-5-33

大腿骨近位部骨折の入院中死亡例の検討

福岡赤十字病院 整形外科

○瀬尾 健一、泊 真二

2012年1月から2015年12月までに大腿骨近位部骨折に対して手術を行った592例のうち、入院中に死亡した7例について検討した。男性1例、女性6例、87～95歳（平均90.4歳）。大腿骨頸部骨折に対する人工骨頭置換術3例、転子部骨折に対する骨接合術4例、米国麻酔科学会physical status（ASA-PS）2が2例、3が5例。手術日から死亡までの期間は平均29.9日だった。死亡原因は肺炎3例、腸疾患2例、悪性腫瘍1例、脳梗塞1例であり、うち、誤嚥が死因の契機となったものが3例であった。また、7例中2例がASA-PS2であり、1例は術後発症した急性胆嚢炎を契機に、もう1例は誤嚥を契機に全身状態が衰弱し死亡に至ったもので、高齢者の大腿骨近位部骨折は術前の合併症が深刻でなくとも重篤な転帰をたどる可能性が十分あることを考慮して臨まなければならないことを再認識した。

O-5-35

プレガバリンの初回投与量に対する東洋医学的な視点からの検討

那須赤十字病院 整形外科

○吉田 祐文、細澤 徹自、福田 慎介、梅澤 仁、瀬戸 貴之、齊藤 誠人、青松 修二

【緒言】プレガバリンの投与方法には、「当日の夕あるいは就寝前から75mgで服用を開始し…、その後1週間以上かけて1日量として300mgまで漸増する…」と用法・用量に記載される一方で「高齢者・腎機能が低下している症例では1日量25～75mgから服用開始し…」との情報提供もあり、混乱がある。初回投与量を東洋医学的な視点から検討した。
【対象】2010年11月から15年05月までの期間に神経障害性疼痛にプレガバリンを投与した症例のうち、治療効果を判定できた105例。男性51例、女性54例。服用開始時の年齢は32～93歳、平均70歳。
【方法】初回投与量と維持量（ともに1日量）、初期脱落例につき検討した。初回投与量は演者の考える東洋医学的な視点による使い分けに従った。
【結果】初回投与量は25mgが105例中の85例（81%）、50mgが8例（8%）、75mgが12例（11%）であった。初期脱落例は8例（8%）で、ふらつき・よろけの副作用によるものは2例（2%）であった。最終的な維持量は25mgが95例中の26例（27%）、50mgが28例（29%）、75mgが14例（15%）、100～300mgが27例（28%）であった。
【考察】演者自身の初期の使用経験から、25mgは疼痛の程度が高度ではない、高齢者、弱々しい症例が対象で、75mgは疼痛の程度が高度、しっかりとした前治療がなされている、体力が充実している症例が対象であるとの東洋医学的な視点を加味した印象を持ったため、それに則した使い分けを実施しているが、105例の使用経験では副作用による初期脱落例は2%にとどまった。
【結語】演者の使い分けは初期脱落例を少なくする可能性があることが示唆された。

O-5-37

治療に難渋する新生児脳内出血後水頭症に対してETVを施行した1例

秋田赤十字病院 脳神経外科

○田村 智、丸屋 淳、渡邊 潤、西巻 啓一

【はじめに】新生児脳内出血後水頭症は、急性期の新生児治療に苦慮するだけでなく、シャント術後も、シャント機能不全により何度も再建術を要し、患者・医療者側に慢性的な負担を強いることが多い。今回治療難治例に対して内視鏡的第三脳室底開窓術(ETV)によりシャント離脱を果たした1例を報告する
【症例】16歳男性。主訴は頭痛と嘔気。
【既往歴】超低出生体重児で出生。両側脳室内出血あり、水頭症、壊死性腸炎を合併し、新生児治療後にVPシャントを施行。その後、シャント機能不全により7回の再建術を施行した。
【現病歴】頭痛、嘔気が出現し、外来を受診した。
【検査所見】頭部CTで明瞭な脳室拡大あり。シャント造影を行うと第三脳室まで造影された。巨大腹腔嚢胞を認め、シャント閉塞の原因と考えられた。MRIで拡張した第三脳室と中脳水道狭窄所見を認め、ETVによるシャント離脱が可能と判断した
【経過】シャントの対側より脳室穿刺し、ETVを行い、外ドレナージを留置した。シャントの脳室チューブはオンマイヤリザーバーに繋げ、シャントは抜去した。術後5日目に外ドレナージを抜去したが、術後9日目に頭痛嘔気が出現し、頭部CTで著明な脳室拡大を認め、MRIでも開窓部閉塞が示唆されたため、再度ETVを施行した。前回開窓部は閉鎖しており、十分大きな瘻孔を開け、脳槽のくも膜も大きく広げた。術後1年間は再増悪を認めていない。
【考察】非交通性水頭症のシャント機能不全に対してETVによりシャント離脱が可能となる症例も存在する。脳出血後水頭症に対しては、初回治療は推奨されないが、2回目以降の治療については有効な選択肢となりうる。しかしながら、開窓部閉塞により重篤な症状を起こす可能性もあるので、注意が必要である。

O-5-34

骨粗鬆症性椎体圧潰に対する片側後方侵入前方脊柱再建術

高知赤十字病院 整形外科

○十河 敏晴、内田 理、後藤 仁、岩瀬 穰二、青山 直樹、樋口 忠弘

【目的】我々の行っている、骨粗鬆症性椎体圧潰に対する片側後方侵入椎体再建術を紹介いたします。
【方法】骨粗鬆症性椎体圧潰に対する手術療法は、cleftがあり、椎体不安定性を呈するものは、BKPやCPCを用いての椎体形成術が、さらに骨粗鬆症の強いものは、椎体形成単独では安定性が十分獲得できないものに対しては、instrumentationの併用が一般的に用いられている。しかし、何らかの理由で前方椎体の安定化を図ることができない場合に我々は、できるだけ既存の健常組織を温存したいとの観点から、片側後方侵入前方脊柱再建術を行っている。後方片側より椎体垂直全摘、上下の椎間板切除を行い30mmほどのmesh cageを前方に挿入する。支柱の長さだけ十分に片側後側方から椎体、椎間板切除を行うのは、神経根などがあり困難な場合が多く、cageの挿入には、コツがあり、横から差し込み、中で90度回転して長軸方向の支柱とする。Expansion cageは1例に使用したが、後方からの挿入は、困難であった。その後、骨粗鬆症の程度に応じて後方instrumentationを追加します。
【結果】4例にこの手術を行った。いずれも麻痺を伴っていたが、改善し、歩行可能となった。1例に近位でpedicle screw back outが生じ、再手術を要した。cageの固定性が十分でなかったためと思われた。

O-5-36

遠位遮断・吸引血自己輸血を併用した頸動脈ステント留置

徳島赤十字病院 脳神経外科

○佐藤 浩一、花岡 真実、松田 拓、石原 学、松崎 和仁

【目的】頸動脈ステント留置術（CAS）の最大の課題は遠位塞栓である。CEAに匹敵する安全性を追求した、遠位バルーン遮断下・吸引血自己輸血併用CASを報告する。
【対象・方法】薬事承認後、頸部内頸動脈狭窄症に対して2007年11月～2016年5月の期間に、290病変をCASで治療した（同時期のCEAは61件）。初期の症例はfilter protectionを用い、deviceの種類により7.1～47%の塞栓性合併症が出現した。その後の症例は遠位balloon血流遮断下のCASの方針としたが、3.6%の塞栓性合併症を経験した。そこで、2012年9月以降の症例では、遠位balloon遮断でステント留置を行い、Thrombusterなどで吸引した血液を、体外でcell strainerで濾過、自己輸血用バッグに採集した。cell strainer 上のdebris完全消失までこれを継続し、採取血液は自己輸血した。
【結果】2012年9月以降、(超急性期例を除く)待機的CASを97病変で施行した。遮断時間は10分0秒～91分55秒（平均19分35秒）で遮断単独の時期より約7分(58.2%)延長していた。自己輸血量は100～2000ml（平均285ml）であったが、1000ml以上となった症例が2例存在した。また、遮断不耐性が推測された13例(13.4%)は全身麻酔で手技を行った。97病変全てで遠位塞栓による合併症を認めておらず(塞栓性合併症率：0%)、DWI陽性率は24.7%であった。
【結語】CASの遠位塞栓の予防にはballoon による遮断と、自己輸血併用によりdebris消失まで血液吸引することが有用である。

O-5-38

解離性前大脳動脈瘤の治療と追跡

広島赤十字・原爆病院 脳神経外科¹⁾、広島大学 脳神経外科²⁾、県立広島病院 脳神経外科³⁾○隅田 昌之¹⁾、村上 太郎¹⁾、松本 敦仁¹⁾、坂本 繁幸²⁾、岐浦 禎展³⁾

【目的】解離性脳動脈瘤(DA)は椎骨脳底動脈の梗塞、くも膜下出血の原因として知られている。最近では内頸動脈系の脳血管障害の原因として報告が増えているが、前大脳動脈DAは比較的報告が少ない。今回は前大脳動脈DAの治療とその後の追跡について検討した。
【方法】対象は最近の10年間に経験し、1年間以上追跡できた4例。男性2例、女性2例、発症年齢は40-65(平均52)歳であった。
【結果】1) 発症はくも膜下出血3例、脳梗塞1例であった。2) 部位はくも膜下出血ではA1 1例、pericallosal A 2例、脳梗塞ではA2 1例であった。3) pericallosal A 解離2例では治療前6時間以内に再破裂した。4)手術はくも膜下出血3例に血管内手術を施行、2例では親動脈コイルリング、1例では再発時にステント&コイルリングを施行した。5) 脳梗塞1例は手術せず、前大脳動脈には再発を認めなかったが、5年後に椎骨動脈に新たなDAを認めた。6) くも膜下出血後早期に再破裂した1例は死亡、1例は重篤な障害、再破裂のなかった1例は予後良好であった。7)くも膜下出血A1解離にて1年後に嚢状拡大を認めて血管内手術を加えた。
【結論】DAは頭蓋内の様々な動脈に発生することを念頭に置き診断すべきである。DAの治療には早期の再破裂を含め迅速な急性期治療と、病態を考慮しながらの長期間の追跡が必要である。

10月21日(金)
一般演題(口頭)抄録